

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY											
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>					
<b>3. Data urodzenia</b>				<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>							
Dzień – miesiąc – rok											
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>											
<b>5A. Ulica</b>				<b>5B. Nr domu / mieszkania</b>				<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>			
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>											
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>											
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona 1))											
<b>8A. Imię</b>				<b>8B. Nazwisko</b>				<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>			
Adres miejsca zamieszkania											
<b>8D. Ulica</b>				<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>			
<b>8G. Imię</b>				<b>8H. Nazwisko</b>				<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>			
Adres miejsca zamieszkania											
<b>8J. Ulica</b>				<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>			

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy **FAMILY MEDICINE Anna Bartkowska**

9B. Adres siedziby świadczeniodawcy **Młynarska 6, 83-031 Cieplewo**

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: 2)

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny 3)

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:

o zmiana miejsca zamieszkania

o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy

o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....  
.....

inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: 4)

Imię i nazwisko położnej  
podstawowej opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: 2)

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny 3)

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:

o zmiana miejsca zamieszkania

o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy

o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....  
.....

inna okoliczność

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) 5)

## OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. O podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

[Jak wypełnić deklarację?](#)  
[Instrukcja wypełniania poniżej](#)

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>						
<i>Anna</i>						<i>Nowak</i>						
<b>3. Data urodzenia</b>				<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>								
<i>3 1-0 1- 2000</i> Dzień – miesiąc – rok				<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>												
<b>5A. Ulica</b>				<b>5B. Nr domu / mieszkania</b>			<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>					
<i>Pogodna</i>				<i>3</i>			<i>80-800</i>					
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona 1))												
<b>8A. Imię</b>				<b>8B. Nazwisko</b>				<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>				
Adres miejsca zamieszkania												
<b>8D. Ulica</b>				<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>8G. Imię</b>				<b>8H. Nazwisko</b>				<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>				
Adres miejsca zamieszkania												
<b>8J. Ulica</b>				<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>				

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020r. poz. 172) deklaruje wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	<b>FAMILY MEDICINE Anna Bartkowska</b>
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	<b>Młynarska 6, 83-031 Cieplewo</b>

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuje wyboru: 2)

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny 3)
---	---

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: o zmiana miejsca zamieszkania o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) ..... <input type="checkbox"/> inna okoliczność
---

## III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór: 4)

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	Wpisz odpowiednią połączoną wg wybranej placówki szkoły rodzenia: <b>Radosława Opiela</b> – Gdańsk Chełm, Rotmanka <b>Małgorzata Kupiec</b> - Gdańsk Przymorze, Gdańsk Wrzeszcz, <b>Marzena Dreczka</b> – Rumia, Gdynia Obłuże <b>Beata Szol</b> – Gdynia Karwiny, Gdynia Chwarzno
--	--

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuje wyboru: 2)

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny 3)
---	---

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: o zmiana miejsca zamieszkania o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) ..... <input type="checkbox"/> inna okoliczność
---

01.04.2022

.....  
(data)

Anna Kowalska

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) 5)